

Acortamiento quirúrgico del miembro inferior en el gigantismo por fístula arteriovenosa congénita

Dres. ESTEBAN NIN VIVO y RAUL PRADERI *

En las fístulas arteriovenosas congénitas de los miembros inferiores, aparecen tres manifestaciones clínicas que el cirujano debe tratar: los angiomas, las várices y el gigantismo de la extremidad (2, 7, 8).

En algunas formas clínicas incompletas los angiomas no existen y las várices son fáciles de tratar, porque los shunts son pequeños e hipoactivos (2), aunque muy a menudo las lesiones involucionan después de la pubertad (7).

Resta entonces el problema del gigantismo que constituye una secuela importante con sus consecuencias: la báscula pelviana y la escoliosis.

Traemos a consideración un caso con gran desigualdad de longitud de los miembros inferiores, que fue solucionado quirúrgicamente en su doble faz vascular y osteoarticular.

HISTORIA CLÍNICA (C.A.S.M.U., 96.511).— B. G. B., 18 años. En agosto de 1967 consulta por la marcada diferencia de longitud de sus miembros inferiores.

A la edad de 9 años hizo una osteomielitis de pierna izquierda que fue intensamente tratada, curando después de una prolongada fistulización.

Examen: 1) Gran oblicuidad pelviana. 2) Aumento en longitud del miembro inferior izquierdo en sus dos sectores, muslo y pierna, pero manifiestamente mayor en pierna. 3) Varicosidades abundantes y serpiginosas en el miembro alargado, situadas en el territorio de la safena interna a nivel de muslo y pierna.

El estudio radiológico mostró (fig. 1) que la diferencia de longitud a favor del miembro inferior izquierdo era de 5,2 cm. El procedimiento de medida por segmentos de Green demostró que de esa diferencia correspondían 1,4 cm. al sector fémur y 3,8 cm. al sector pierna.

La arteriografía mostró una arborización arterial exagerada, en muslo y pierna, y relleno venoso precoz, sin poner en evidencia grandes fístulas arteriovenosas (1, 2, 7).

Se resolvió actuar primero sobre la afección vascular. Para ello se practicó (VIII-1967) una safenectomía interna con resección de colaterales en piernas y ligadura de perforantes arteriales y venosas. Luego se decidió acortar el miembro en el sector pierna por ser el más comprometido, corrigiendo algo más de los 3,8 cm. para absorber parte de la diferencia del sector femoral.

Con fecha XI-1967 se interviene con la técnica de Müller (3, 4, 5), acortando la pierna izquierda 4,7 cm. y fijándola con la placa de compresión ideada por este autor.

Esto permitió movilizar la rodilla desde el mismo día de la intervención con todas las ventajas que esto significa (fig. 3).

Dos meses después de operado se autorizó la marcha. Aproximadamente 1 año después se retiró la placa de compresión.

El resultado final (fig. 2) ha sido: 1) El desnivel pelviano quedó reducido de 5,2 cm. a 0,5 cm., lo que es totalmente compatible con una función normal. 2) Los 4,7 cm. acortados al miembro inferior izquierdo significan la corrección de los 3,8 cm. excesivos de la pierna y 0,9 cm. del exceso de longitud del fémur. 3) La rápida consolidación ósea, la indemnidad absoluta de la función de la rodilla, gracias al uso del procedimiento de Müller (fig. 3), que permitió prescindir de la inmovilización enyesada.

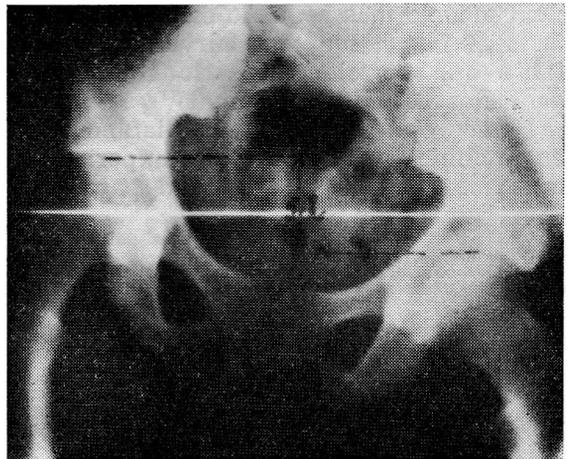


FIG. 1.— Se ve el desnivel de 5,2 cm. antes de la operación.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de setiembre de 1969.

* Asistente de Clínica Traumatológica y Ortopedia. Docente Adscripto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

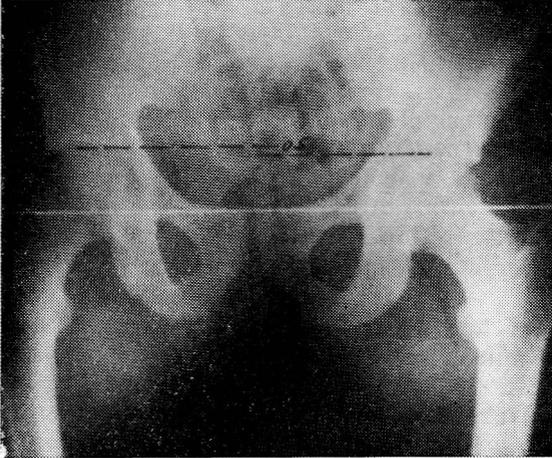


FIG. 2.— Después de operado, desnivel corregido.

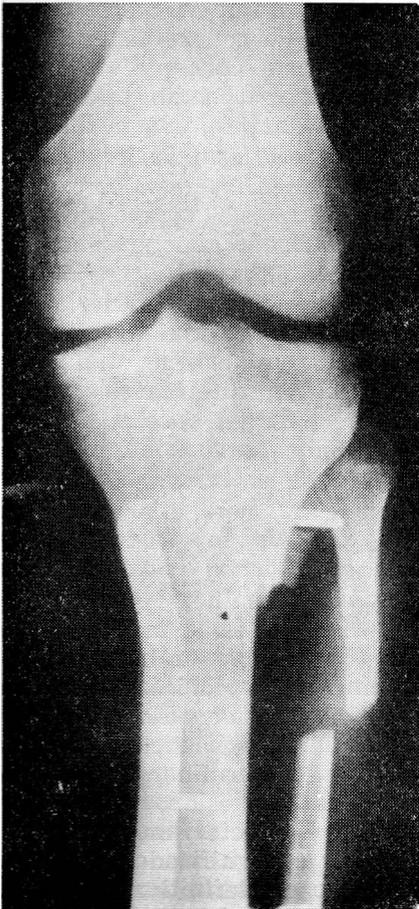


FIG. 3.— Después de operado se ve la osteosintesis tibial y la resección del peroné.

RESUMEN

Se presenta un caso de gigantismo parcial de miembro inferior, provocado por fistulas arteriovenosas congénitas.

Luego de tratadas las lesiones varicosas e interrumpidos algunos shunts se practicó el acortamiento del esqueleto a nivel de la pierna con la técnica de Müller, lo que permitió una rápida recuperación, eliminando los problemas derivados de las largas inmovilizaciones.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de gigantisme partiel d'un membre inférieur causé par des fistules artérioveineuses congénitales.

Après le traitement des lésions variqueuses et l'interruption de quelques shunts, on procède au raccourcissement de l'os au niveau de la jambe par la technique de Müller, ce qui permet une récupération rapide et élimine les problèmes suscités par une immobilisation prolongée.

SUMMARY

The paper refers to a case of partial gigantism of the lower limb, caused by congenital arteriovenous fistula.

Following a treatment of the varicose lesions and the interruption of some shunts, the skeleton was shortened at the leg level, using Müller's technique, which permitted a rapid recovery and eliminated the problems derived from long immobilizations.

BIBLIOGRAFIA

1. LAXENAIRE, M. *Les gigantismes partiels*. Paris, G. Doin, 1964.
2. MALAN, E. and PUGLIONISI, A. Congenital Angiodisplasias of the extremities. Note II. *J. Cardiovasc. Surg.*, 6: 255, 1965.
3. MÜLLER, M. Die kompression osteosynthese unter besonderer berücksichtigung der kniearthrodese. *Helv. Chir. Acta*, 22: 474, 1955.
4. MÜLLER, M. Method for ostosintesis in limb
5. MÜLLER, M., ALLGOWER, M. and WILLENEG-shortening. *Acta Orthop. Belg.*, 5: 64, 1962.
6. GER, H. *Tecnic of internal fixation of fractures*. Springer Ver., Berlin, N. York, 1965.
7. PIULACHS, P. and VIDAL BARRAQUER, F. Pathogenic study of varicous veins. *Angiology*, 4: 59, 1953.
8. PRADERI, R. y CURUCHET, E. Estudio de los cortocircuitos arteriovenosos en la patología de los miembros inferiores. Pres. Soc. Cir. Uruguay. 2-9-1964.
9. SUIFFET, W. Fistulas arteriovenosas congénitas de los miembros. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 30: 302, 1959.